

Плевриты. Пневмоторакс.

Профессор, д. м. н. Чибыева Людмила
Григорьевна

План лекции

1. Плевральный синдром
2. Плевриты.
3. Пневмоторакс.

Плевральный синдром

1. Сухой плеврит
2. Гидроторакс — синдром скопления жидкости в плевральной полости (экссудат, транссудат)
3. Пневмоторакс — синдром скопления воздуха
4. Гидропневмоторакс — синдром скопления жидкости и воздуха

Сухой плеврит — совокупность симптомов, возникающих при поражении плевры вследствие раздражения ее нервных окончаний.

Причины:

- туберкулез;
- опухоли;
- травмы;
- воспаление плевры;

При туберкулезных плевритах

предшествующая
сенсibilизация
организма с последующей
гиперергической
реакцией;

Асептические плевриты при коллагеновых заболеваниях:

связан с системным
поражением сосудов и
изменением общей
реактивности организма;

Патогенез сухого плеврита:

При умеренном количестве выпота - жидкая часть экссудата всасывается и на поверхности плевры остается лишь слой фибрина;

Патогенез сухого плеврита:

- Имеет свои особенности, обусловленные характером фонового заболевания.
- При инфекционных плевритах – инфицирование плевры, лимфогенное или гематогенное проникновение возбудителя в плевру;

Клиника фибринозного плеврита:

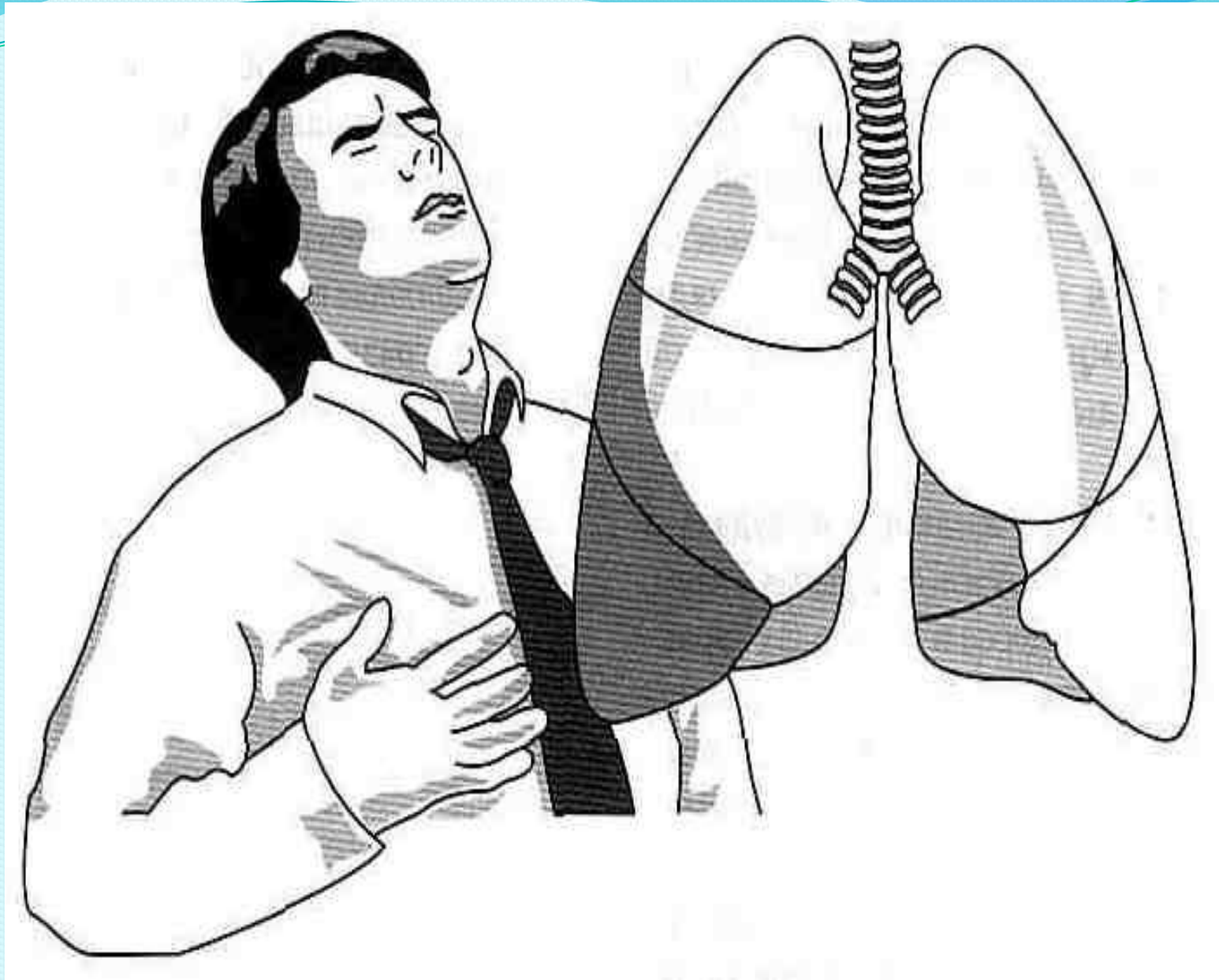
- боль на стороне поражения, усиливается при глубоком вдохе и кашле, из-за боли больной принимает вынужденное положение;
- Локализуется чаще в задне-боковых отделах нижней части грудной клетки;
- Субфебрильная или фебрильная температура;
- Недомогание, слабость.

Диагностические критерии сухого плеврита:

- Учащенное и поверхностное дыхание;
- Уменьшение дыхательных экскурсий на пораженной стороне, отставание при дыхании;

Диагностические признаки:

- При пальпации – крепитация в области поражения связанная с дыханием, болезненность.
- Аускультация — грубый шум трения плевры.



Плевральная боль возникает при поражении париетальной плевры (висцеральная не имеет болевых рецепторов).

Характеристики плевральной боли:

- острая;
- связана с движением дыхательных мышц (особенно при вдохе и кашле);
- начинается внезапно;
- может быть эпизодической.

Диафрагмальные и косто- диафрагмальные сухие плевриты:

- Боль в одном из подреберий;
- Иррадиируют в нижние отделы живота или область надплечья и шеи;
- Болезненная икота;
- Рвота;
- Боль при глотании;
- Иногда только боль в животе с ригидностью брюшных мышц.

При верхушечных плевритах:

- Умеренная болезненность и ригидность трапецевидных и больших грудных мышц (симптом Штернберга и Поттенджера);
- Перкуторно – как правило, изменений не выявляется.

Главный диагностический критерий сухого плеврита:

- Шум трения плевры над областью свежих фибринозных наложений – выслушивается на протяжении как фазы вдоха, так и выдоха;
- Напоминает скрип снега под ногами или перелистывание;
- Может быть слышен даже на расстоянии;
- Боль связанная с дыханием.

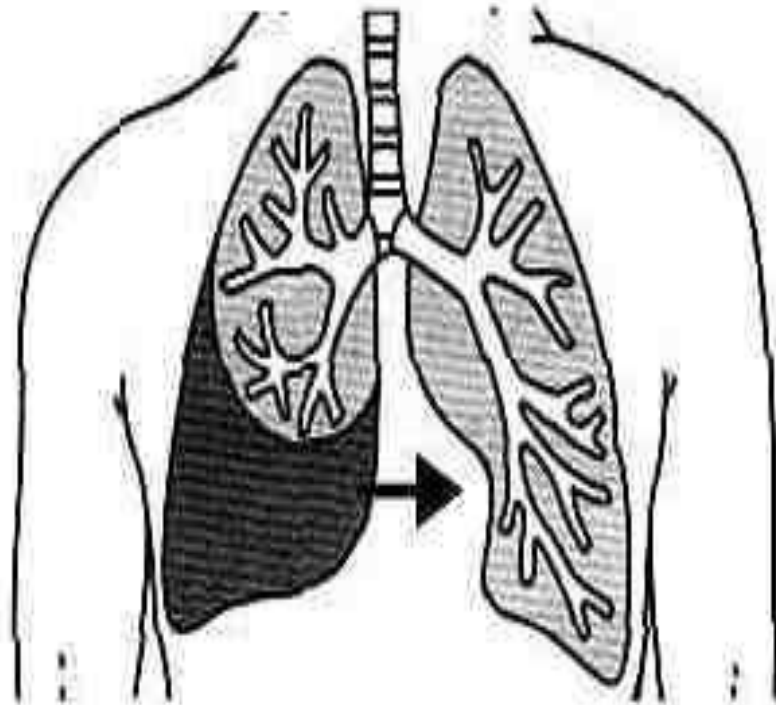
Дополнительные исследования

- Увеличение СОЭ;
- Небольшой лейкоцитоз;
- Рентген не информативен.

Сухой плеврит

- Длится 1-3 недели;
- Более длительное и рецидивирующее течение говорит об активном туберкулезном процессе.

Гидроторакс справа. Смещение органов средостения в здоровую сторону



СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

По составу жидкости различают:

- **Эссудат** - воспалительная жидкость, в т.ч. геморрагическая, хилезная, гнойная;
- **Транссудат** - невоспалительная жидкость.

Диагностические признаки при синдроме скопления жидкости в плевральной полости:

- **Жалобы** – одышка (может нарастать);
- **Осмотр** — сглаженность межреберных промежутков, выбухание пораженной половины, отставание ее при дыхании;
- **Пальпация** - резкое ослабление голосового дрожания или не выявляется;
- **Перкуссия** — притупленный или тупой перкуторный звук, ограничение подвижности нижнего края поджатого легкого ;
- **Аускультация** - резкое ослабление везикулярного дыхания и бронхофония резко ослаблено или отсутствует .

Рентгенограмма:

- Затемнение в зоне скопления жидкости.
- Чаще в правом отделе грудной клетки.

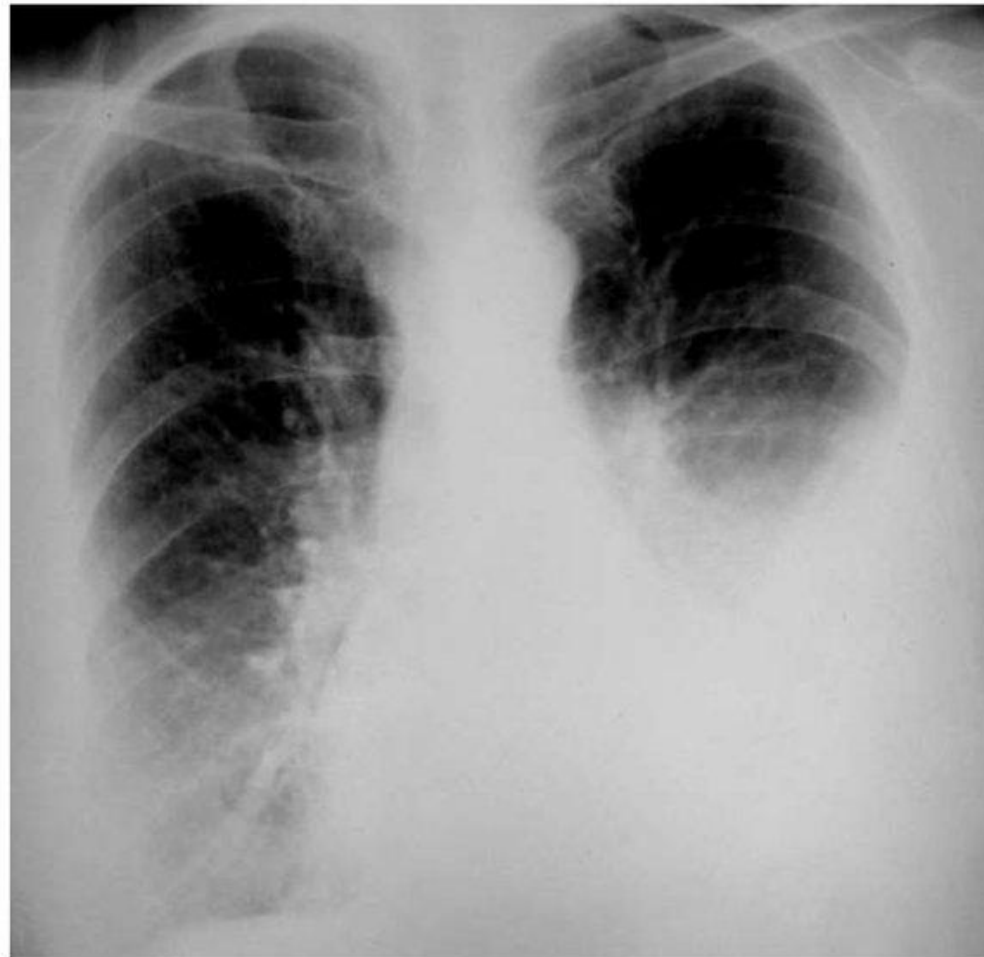
- При транссудате – горизонтальный уровень жидкости;
- При экссудате – косо (линия Дамуазо).

Правосторонний гидроторакс



Рисунок 1. Рентгенограмма грудной клетки. Правосторонний гидроторакс

Экссудативный плеврит



Экссудативный плеврит

Причины:

- воспаление плевры;
- туберкулез;
- опухоли;
- гнойное поражение плевры (эмпиема);
- травмы;
- сердечная недостаточность;
- гипоальбуминемия;
- нефротический синдром;
- синдром мальабсорбции;
- печеночно-клеточная недостаточность

Патогенез экссудативного плеврита:

При большом количестве выпота – скорость экссудации превышает возможности оттока. Жидкий экссудат начинает накапливаться в плевральной полости

Экссудативный плеврит

- Возникает чаще вслед за фибринозным (сухим) плевритом;
- Ослабление болевого синдрома;
- Нарастающая слабость;
- Чувство нехватки воздуха, одышка;
- Раздражающий кашель;
- Вынужденное возвышенное положение в постели, лежат на больном боку;
- Набухание шейных вен.

Экссудативный плеврит

- Ограничение дыхательных движений на больной стороне;
- Отставание ее в акте дыхания;
- Умеренная пастозность кожи в этих отделах;
- Синдром Винтриха – складка приподымаемая между двумя пальцами, оказывается более массивной, чем на здоровой стороне.

Экссудативный плеврит

- Перкуторно – тон укорочен над зоной выпота;
- Верхняя граница притупления имеет вид дугообразной кривой (линия Эллиса-Дамуазо-Соколова);
- Смещение на одно ребро выше соответствует увеличению количества жидкости на 500 мл.

Экссудативный плеврит

- Аускультативно – ослабление дыхательных шумов;
- Голосовое дрожание – ослаблено;
- При накоплении экссудата более 1000 мл. нарастает тахикардия, органы средостения смещаются в противоположную сторону.

Диагностика ЭП:

- Рентгенограмма органов грудной клетки – гомогенное затемнение с косым расположением верхней границы;
- при транссудате более горизонтальная;
- ОАК: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
- Ускоренное СОЭ.

Верхний треугольник Гарленда

- Образуется сжатыми легкими.
- Гипотенузой является линия Дамуазо;
- Катеты – позвоночник и линия соединяющая верхнюю точку линии Дамуазо с позвоночником.

Линия Эллиса-Дамуазо-Соколова

- Проходит на больной стороне сверху вниз косо от задней подмышечной области на здоровую сторону заканчивается образованием треугольника Грокко-Раухфуса.
- Катетами являются позвоночник и диафрагма (на уровне правой груди легких) образования органами средостения.

Лечение плеврита:

- Этиологическое;
- Нестероидные противовоспалительные препараты;
- Глюкокортикоиды;
- Плевральная пункция;
- Дренирование плевральной полости;
- Внутриплевральное введение антибиотиков.

Плевральная пункция

- По задней подмышечной линии;
- В зоне максимальной тупости;
- Обычно в VII-VIII межреберье по верхнему краю нижележащего ребра, т.к. по нижнему краю проходят межреберные сосуды.

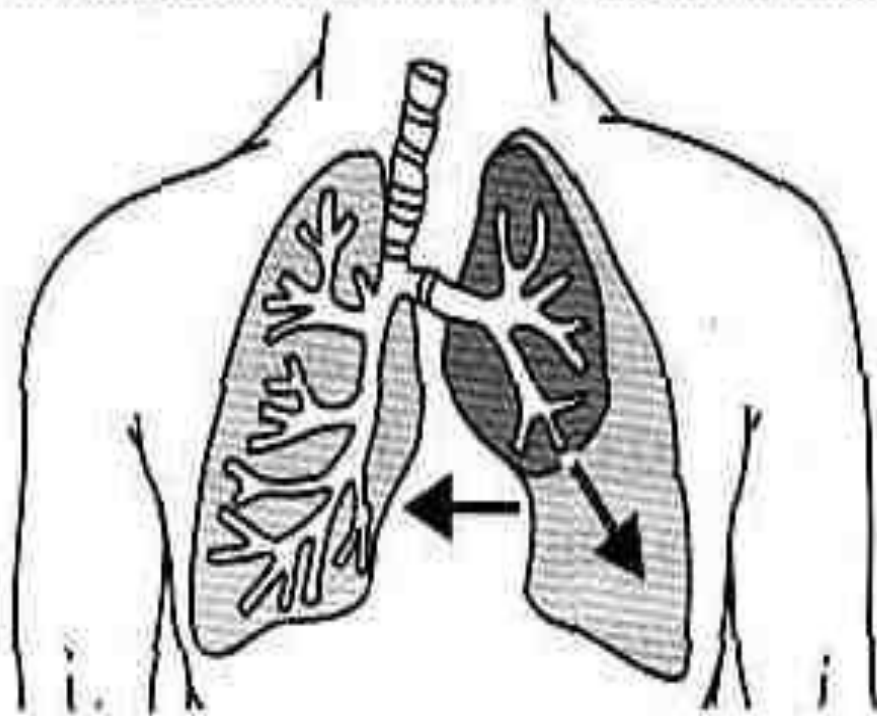
Методика плевральной пункции



- 1 - линия Дамуазо;
- 2 - треугольник Гарленда;
- 3 - треугольник Раухфусса - Грокко;
- 4 - нижняя граница легких.

Пневмоторакс

Пневмоторакс слева. Смещение органов средостения в здоровую сторону



Пневмоторакс

Острое состояние,
характеризующееся появлением
в плевральной полости воздуха
и спадением легкого (коллапс,
компрессионный ателектаз)

Виды пневмоторакса:

- Первичный (идиопатический или спонтанный);
- Вторичный (симптоматический).

Первичный пневмоторакс

- (идиопатический или спонтанный);
- воздух в плевральную полость попадает из разрывающихся немногочисленных буллезных образований легких, которые расположены субплеврально в верхушках легких;
- Часто при физической нагрузке.

Вторичный пневмоторакс:

- Возникает после травмы грудной клетки;
- У больных с заболеванием легких (эмфизема, интерстициальные болезни легких, муковисцидоз, бронхиальная астма, рак легкого, туберкулез).

Пневмоторакс

- наличие свободного газа в плевральном пространстве;
- мужчины болеют чаще, чем женщины;
- иногда прослеживается наследственность;
- люди высокого роста более предрасположены к первичному спонтанному пневмотораксу.

Синдром скопления воздуха в плевральной полости (пневмоторакс)

Причины:

- разрыв висцеральной плевры (буллезная эмфизема, опорожнившийся абсцесс, туберкулезная каверна);
- травмы (ранения) грудной клетки;
- ятрогенный (после плевральной пункции) или пункции подключичной вены

Патогенез:

- Изменения в бронхиальном дереве;
- Повышение давления в дистальных отделах воздухоносных путей (органические сужения мелких бронхов, закупорка вязкой мокротой, местный бронхоспазм);
- Перерастяжение альвеол;
- Атрофия межальвеолярных перегородок;
- Формирование субплевральных тонкостенных полостей, склонных к разрыву (буллезная эмфизема).

Клиника пневмоторакса:

- Приступ острых болей в грудной клетке колющего характера;
- Боль иррадирует в плечо;
- Затрудненное поверхностное дыхание;
- Компенсаторная одышка;
- Кашель.

Диагностические признаки:

- **Осмотр** - сглаженность межреберных промежутков, выбухание пораженной половины, отставание ее при дыхании;
- **Пальпация** - ослабление голосового дрожания;
- **Перкуссия** - тимпанический перкуторный звук;
- **Аускультация**- резкое ослабление везикулярного дыхания.

Рентгенологически:

- Признаки спадения легкого;
- Смещение средостения.

* * *

- Редко пневмоторакс сопровождается кровотечением (гемопневмотораксом).

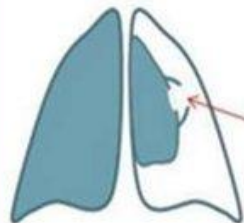
ВИДЫ ПНЕВМОТОРАКСА ПО СВЯЗИ С ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДОЙ



1. **Открытый пневмоторакс**
плевральная полость сообщается с окружающей средой



2. **Закрытый пневмоторакс**
нет сообщения плевральной полости с окружающей средой после попадания в неё воздуха



3. **Клапанный пневмоторакс**
при вдохе воздух попадает в полость плевры через разрыв, при выдохе отверстие закрывается - воздух остаётся в плевральной полости



**ДВУСТОРОННИЙ
ПНЕВМОТОРАКС,
БУЛЛЕЗНАЯ
ЭМФИЗЕМА
ЛЕГКОГО**

Лечение:

- Дренирование;
- Хирургическое лечение с механическим повреждением плевры или плеврэктомиа;
- Больные с пневмотораксом не должны летать самолетом в течение 3 мес. из-за изменений давления, ведущих к расширению газа в плевральном пространстве.

Благодарю за
внимание!